FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Année 1969 N° 22

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean Claude ANTONINI

NE LE 20 MARS 1940 A REIMS (MARNE)

Présentee et soutenue publiquement le 1 OCT. 1969 19..

ENDOMETRIOSE URETERALE

Président Monsieur le Professeur PERTUS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0019

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Année 1969 N° .....

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean Claude ANTONINI

NE LE 20 MARS 1940 A REIMS (MARNE)

Présentee et soutenue publiquement le 19..

ENDOMETRIOSE URETERALE

Président Monsieur le Professeur PERTUS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

==========

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS = M. R. ROUCHY.

Professeurs Honoraires de l'école Nationale :

MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER.

==========

Le Président du Conseil Transitoire : M.J.C. RENIER

Assesseur : M.H. GERMAIN

==========

I - PROFESSEURS

a) Professeurs Titulaires :

MM	COTTIN	Chimie Générale
	DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
	DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
	FRESSINAUD	Clinique Médicale B
	GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
	GOYER	Clinique Chirurgicale B
	GUERIN	Biophysique Médicale
	GUNTZ	Anatomie
	HERISSET	Matière Médicale
	HERMANN	Clinique Ophtalmologique
	JOLIVET	Chimie Analytique
	LAFARGUE	Pharmacie Galénique
	MARTIN	Pathologie Chirurgicale
	MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
	NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
	OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
	PERREAU	Clinique Médicale A
	RENIER	Clinique rhumatologique
	ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
	SIMARD	Anatomie Pathologique.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	O. R. L.
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - A G R E G E S

MM	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	AUGEREAU	Pharmacodybamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
MM	CARON	Electroradiologie
	COULIAUD	Physiologie
	FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
	HY	Dermatologie
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Mlle	PRELOT	Zoologie
MM	TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté..... M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université..... Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

-=oOo=-

A MON PERE, A MA MERE,

Ils ont toujours été un exemple pour moi.

Qu'ils trouvent ici un témoignage de ma profonde affection.

A MES GRANDS PARENTS,

à qui je dois tant.

A MES BEAUX PARENTS,

en gage de filiale affection.

A TOUTE MA FAMILLE.

A Monsieur le Professeur PERTUS

Chef du Service d'Urologie

Chirurgien des Hôpitaux

Il a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et présider sa soutenance.

Il nous a guidé dans sa réalisation avec une patience jamais démentie.

Qu'il veuille bien trouver ici un témoignage de notre profond attachement et l'expression de toute notre gratitude pour la richesse de son enseignement et pour l'accueil chaleureux qu'il n'a cessé de nous réserver.

A NOS JUGES,

Monsieur le Professeur ROUCHY

Doyen Honoraire de la Faculté Mixte de Médecine
et Pharmacie d'ANGERS

Professeur titulaire de la chaire de
Clinique Gynécologique et Obstétricale,

Gynécologue-Accoucheur des hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous accueillir dans son service et nous y dispenser un enseignement irremplaçable. Ses précieux conseils et sa grande compréhension nous ont été d'un très grand secours.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et de toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur SIMARD

Professeur titulaire de la chaire

d'Anatomie-pathologie

Biologiste des hôpitaux,

Il nous a prodigué son enseignement durant nos années d'étude
Il a bien voulu nous apporter une aide précieuse durant la rédaction de cette thèse.
Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur PILLET

Chirurgien des Hôpitaux

En reconnaissance pour le riche enseignement reçu et la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner en acceptant de faire partie de notre jury.

A tous mes Maîtres,

Qui nous ont durant toutes nos années d'étude prodigué leur enseignement.

Qu'ils veuillent bien trouver ici un témoignage de notre attachement et de notre reconnaissance.

A mes amis les Chefs de Clinique, Internes, Externes, Etudiants,

à côté de qui j'ai passé ces années d'étude.
Qu'ils voient ici un témoignage du plaisir que j'y ai pris et de mon indéfectible amitié.

A mes amis les Docteurs P. BOUDET et M. GEORGIN,

A tous mes amis proches et lointains

Ma pensée est avec eux.

A Madame LE SCEL, qui a bien voulu se charger avec une haute compétence de la mise en page fastidieuse de cette thèse.

P L A N

- INTRODUCTION
- HISTORIQUE
- ANATOMIE PATHOLOGIE
- OBSERVATIONS
- COMMENTAIRES :

    - Fréquence selon la forme
    - fréquence selon l'âge
    - Antécédents
    - Signes cliniques
    - Examens complémentaires
    - Diagnostics
    - Traitements employés
    - Résultats obtenus

- DISCUSSION DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE :

    - Diagnostic
    - Thérapeutique

- CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

"Endométriosis is but a recent development of human pathology and appears in some way to be a disease of modern time."

Goodall

-

L'endométriose urétérale n'est qu'une petite partie du vaste et polymorphe problème de l'endométriose extra-utérine.

En effet Kerr dans une étude récente n'en citait que 47 cas, et pour notre part, c'est sur 56 cas que nous avons retrouvé dans la littérature mondiale qu'a porté notre étude.

Dans le même temps plus de 150 cas d'endométriose vésicale étaient publiés, ne représentant environ que 1 % du total des endométrioses génitales.

Pourtant malgré sa rareté, les conséquences sur la fonction rénale que peut avoir cette localisation particulière de l'affection, la rendent d'un grand intérêt, pour le gynécologue et l'urologue.

Il existe deux sortes d'atteinte urétérale par l'endométriose : extrinsèque et intrinsèque, l'une et l'autre forme se caractérisant cliniquement par un tableau d'obstruc-

.../

tion urétérale avec, dans la majorité des cas dilatation sus-jacente.

Nous nous proposons, à partir de deux observations de notre Maître le Professeur PERTUS, et à l'aide des cas publiés à ce jour, d'élaborer une approche logique des problèmes diagnostic et thérapeutique soulevés par ces deux formes.

H I S T O R I Q U E

Ce fut en 1860 dans son "LEHRBUCH DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE" que ROKITANSKI décrivit l'envahissement de la paroi utérine par des kystes. Il fut le premier à entrevoir la nature de l'endométriose.

En 1893 puis 1896 VON RECKLINGHAUSEN dans une importante monographie propose une conception dysembryoplasique wolffienne à l'origine de la mladie, tandis que, en 1897 KOSSMANN reprenant une idée de BABES (1882) soutient la théorie du départ Müllerien des lésions.

La première localisation extra utérine fut découverte par CHIARI en 1887 mais c'est CULLEN en 1917 qui, le premier publia un cas d'endométriose urétérale. Ce fut lui encore qui, en 1920, appliqua pour la première fois le traitement par la castration et l'hystérectomie totale d'une hydronéphrose unilatérale apparue comme secondaire à une endométriose.

Par la suite les observations d'endométriose urétérale se multiplient : MORSE 1928, RANDALL qui distinguait pour la première fois une forme intrinsèque etc... En 1960 ABESHOUSE et ABESHOUSE en dénombraient 15, KERR en 1966, 47.

De simple curiosité chirurgicale l'endométriose urétérale devenait un fait important dans la pathologie des rétrécissements urétéraux.

Parallèlement les théories pathologiques évoluaient théories dysembryoplasiques, minés par la découverte des foyers extra génitaux succédaient les hypothèses métaplasiques séro épithéliales avec IVANOFF (1898) et surtout R. MAYER (1930)

.../

Enfin venaient les théories faisant dériver l'endométriose de l'endomètre adulte de trois manières :

- invasion ou extension directe dans le mur utérin - (CULLEN - 1908)
- implantation par le moyen de transport transtubaire de sang menstruel (SAMPSON - 1921)
- métastases lymphatiques (id 1922 - HALBAN 1924) ou métastases hématogènes (SAMPSON 1924)

"Loin d'être incompatibles ces trois dernières hypothèses se complètent et rendent compte, de façon satisfaisante de tous les sièges de l'endométriose y compris les sièges lointains extra génitaux." (VARANGOT - GIRAUD - 1969)

Si les causes s'éclaircissent, le choix des remèdes était limité jusqu'à ces dernières années.

Dans une première période la maladie considérée comme une tumeur autonome était soumise à une exérèse directe. La meilleure connaissance de l'endométriose et la prise de conscience de sa dépendance vis-à-vis de l'activité ovarienne entrainèrent les premières méthodes radicales indirectes à visée pathogénique. Celles-ci supprimaient l'activité ovarienne soit par chirurgie, soit par radiothérapie.

Il fallut attendre 1938 avec l'hormonothérapie mâle, 1948 avec l'utilisation des oestrogènes, mais surtout 1958 et l'application des progestatifs de synthèse entrainant la mise au repos de l'ovaire, pour que la chirurgie conservatrice de l'endométriose, née des excès du radicalisme en 1938 trouve une aide médicale puissante, modifiant toute la conception du traitement.

A N A T O M I E - P A T H O L O G I E

Nous serons brefs sur la description del'endométriose urétérale.

En effet si la localisation particulière de la lésion lui confère une physionomie clinique propre, elle a toujours les mêmes caractères structuraux que les autres endométrioses et manifeste une évolution biologique identique.

Elle est caractérisée par la présence hétérotopique de glandes ou de kystes épithéliaux et de chorion cytogène.

CARACTERES MACROSCOPIQUES -

L'endométriose se présente sous l'aspect le plus souvent d'une formation de volume variable, soit d'apparence bien individualisée bien que non encapsulée, soit diffuse, envahissante, irrégulière, aux limites imprécises.

La présence de sang extravasé au cours du cycle menstruel, résultat de l'activité physiologique de la muqueuse utérine aberrante, dilate les glandes qui se transforment en kystes hématiques, donnant à l'endométriose son caractère très particulier.

Ces kystes, souvent peu volumineux, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une cerise, sont soit isolés, soit répartis en groupes confluents. Ils ont un aspect de kystes bleutés ou au maximum "goudron" très évocateur .

.../

Ils sont séparés par des travées conjonctives épaisses pouvant prendre une importance considérable, donnant alors à l'endométriose l'aspect d'une véritable masse parsemée au hasard de nodules bleutés.

Un deuxième fait très important, est la multiplicité des foyers.

A côté de la masse principale, un examen attentif et méthodique permet souvent de distinguer des foyers plus petits, irrégulièrement répartis, à plus ou moins grande distance, d'un grand intérêt diagnostic.

Lorsque ces kystes se rompent ou que la lésion est diffuse, réalisant les "coulées d'endométriose", ils déterminent une réaction inflammatoire de la séreuse et l'édification d'une barrière d'adhérences rendant l'abord chirurgical del'uretère délicat.

CARACTERES MICROSCOPIQUES -

"L'aspect microscopique des endométrioses est tellement constant et invariable d'un cas à l'autre que les descriptions histologiques .... se superposent presque littéralement." OBERLING.

Trois éléments entrent dans leur structure :

- les tubes glandulaires
- le chorion cytogène
- les tissus périphériques.

Les tubes glandulaires :

Sur le plan architectural il se présentent de deux manières :

- un premier type est constitué d'un épithélium

.../

rappellant fidèlement la structure de la muqueuse utérine normale. Cet épithélium, à la phase lutéinique, se plisse à l'intérieur de la lumière du tube, refoulé et déformé en dent de scie par des épines conjonctives. Les cellules qui composent cet épithélium sont hautes, cylindriques, ciliées ou non, à noyau allongé à cytoplasme clair, à la phase folliculinique elles sont plus volumineuses contenant des enclaves P.A.S. + à la période lutéinique.

A côté de ces structures aisèment identifiables coexiste un deuxième type de tube, dilaté ou kystisé à l'épithélium cubique ou aplati. Fréquemment dans la lumière existe un liquide contenant des hématies dégénérées ou des débris pigmentaires.

Le chorion cytogène :

Il a une répartition plus irrégulière et est très inconstant. Il est "formé de cellules trapues, à noyau ovoïde, riche en chromatine, reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques."

Très abondant en certains points, il manque à d'autres, si bien que l'épithélium peut être directement en contact avec le tissu urétéral ambiant.

Les tissus périphériques :

Une prolifération fibreuse se constitue très souvent autour des îlots de l'endométriose. Parfois très abondante elle peut s'accompagner d'une réaction inflammatoire d'aspect banal.

Responsable en grande partie du volume de la tumeur elle n'est peu ou pas susceptible d'être transformée par le traitement quelque soit celui-ci.

Au niveau de la paroi urétérale la localisation de l'endométriose amène à distinguer deux variétés topographiques :

- intrinsèque
- extrinsèque

Si les glandes et le stroma endométriaux sont

...

présents dans la muqueuse et la tunique musculaire de l'uretère, la lésion est qualifiée d'intrinsèque.

Quand les glandes et le stroma sont présents dans l'adventice et les tissus contigus, entourant l'uretère, mais n'envahissant pas la musculeuse ou la muqueuse, la lésion est dite extrinsèque.

Il faut toutefois noter que cette dernière variété s'accompagne souvent d'un degré marqué de fibrose de la musculeuse ou de la sous muqueuse.

O B S E R V A T I O N S

CAS N°I -

Mme Renée B..., 44 ans. Cette malade est vue en janvier 1961 pour une colique néphrétique droite, intense, typique. Les antispasmodiques n'ayant pas calmé la douleur on cathétérise l'uretère droit dont l'orifice est légèrement rouge. La radio sur sonde ne montre pas de calcul et le lendemain on élève la sonde. La malade souffre par intermittence après cette suppression de la sonde.

Le 11 janvier 1961 on fait une U.I.V. qui montre une dilatation du rein droit. Le rein gauche est normal ainsi que la vessie ; on ne voit pas de calcul. On pratique alors une U.P.R., sur laquelle on voyait une dilatation sus-jacente à un rétrécissement pelvien haut, pouvant par son siège faire penser à une compression par un vaisseau anormal de l'ovaire. Enfin on note que l'uretère, à ce niveau, a une situation légèrement interne. Dans les urines : pas de pus, une flore microbienne abondante représentée par un bacille coliforme. Le 21 janvier 1961 on intervient par incision iliaque droite et par voie sous-peritonéale un uretère comprimé par une masse noire, kystique, répondant typiquement à l'aspect des kystes goudrons de l'endométriose. On referme l'incision iliaque droite et on fait une médiane sous-ombilicale.

On retrouve la masse endométriale de l'ovaire droit qui est grosse comme une prune. Cette masse adhère au rectum qui, lui-même est uni au dôme vaginal et à l'isthme utérin. L'ovaire gauche, peu augmenté de volume, présente des kystes goudrons. La libération de l'ovaire droit laisse l'uretère dénudé sur plusieurs centimètres, mais la séparation s'est

.../

faite sans grande difficulté. La paroi de l'uretère est très épaisse et indurée.

On fait une hystérectomie sub-totale avec suppression des annexes.

Les suites opératoires sont simples.

L'histologie confirme l'endométriose que la clinique ne pouvait pas faire soupçonner.

La malade est revue en Mars 1961, elle va très bien et nous n'obtenons d'elle une radiographie de contrôle que le 28 octobre 1963. C'est une U.I.V. sur laquelle on voit une persistance de la dilatation de l'urètre et du bassinet droit sans dilatation des calices et une bonne secrétion. La malade refuse l'U.P.R.

Nous avons eu périodiquement de bonnes nouvelles de cette malade par son médecin qui a enfin obtenu d'elle qu'elle se fasse radiographier et nous avons pour clore cette observation une U/I.V. du 10 février 1966 qui montre une récupération complète de l'arbre urinaire droit.

-O-

CAS N° 2 -

Mme M.J. Ces... Cette malade, âgée de 39 ans, est adressée pour colique néphrétique gauche le 12 juin 1965. Dans ses antécédents on retrouve des crises douloureuses droites étiquetées coliques néphrétiques, mais elle n'a jamais été radiographiée et elle n'a jamais expulsé de calcul. Elle a accouché huit jours plus tôt, et pendant sa grossesse elle n'a fait aucun accident rénal.

Les antispasmodiques institués à domicile depuis le début de la crise, c'est-à-dire depuis la veille, n'ont

.../

pas apporté de soulagement. La douleur est intense, cliniquement la diagnostic de colique néphrétique gauche parait certain, mais on ne voit pas d'image calculeuse sur le cliché sans préparation. On décide de monter une sonde dans le rein gauche pour soulager la malade et pour vérifier le diagnostic.

Le cystoscope évacue des urines troubles, non sanglantes et la sonde urétérale, après avoir buté sur un obstacle à quelques centimètres, trouve son chemin et monte facilement jusque dans le rein, apportant un soulagement immédiat. Les radiographies sur sonde ne montrent pas de calcul. Les urines du rein gauche contiennent du pus, quelques cristaux d'oxalate et pas de germes. Urée 0,31 g.

Après avoir supprimé la sonde au bout de quarante huit heures, la malade ne souffre plus, on fait une U.I.V le 17 juin 1965.

Cette U.I.V. montre une mutité complète du rein gauche. Le rein droit et la vessie sont normaux.

L'U.P.R. faite le 24 juin 1965 montre un rétrécissement de l'uretère pelvien gauche avec dilatation de l'uretère sus-jacent et une absence de signes de tuberculose.

On intervient le 26 juin 1965 après avoir mis une sonde urétérale gauche en place.

On fait une incision iliaque gauche. L'uretère est très dilaté au-dessus d'un rétrécissement très limité aussi bien en hauteur qu'en largeur. Les tissus périurétéraux, à son niveau, sont condensés, de consistance très dure, et la libération doit se faire aux ciseaux. Le péritoine est néanmoins refoulé sans ouverture. On résèque l'uretère rétréci sur deux centimètres et demi et on rétablit la continuité par suture termino-terminale la congruance étant obtenue par une fente sur le bout inférieur.

.../

Suites opératoires sans incident.

C'est l'histologie qui nous apprend qu'il s'agit d'une endométriose que nous n'avions pas soupçonnée.

Voici le compte-rendu du professeur agrégé Simard :

"Ce petit fragment urétéral ne comporte aucune anomalie muqueuse ni musculaire. En revanche, l'adventice en apparait nettement sclérosé, et, fait essentiel, comporte trois ou quatre éléments glandulaires enchâssés habituellement dans une ambiance de tissu conjonctif très richement cellulaire. Le revêtement de ces glandes est monostratifié, constitué d'éléments cubo-cylindriques, tout à fait analogues aux éléments de la muqueuse endométriale.

Ces caractères histologiques permettent, au total d'identifier ces éléments comme des ilots endométrioïdes et d'attribuer par conséquent le rétrécissement extrinsèque de l'uretère au développement d'une endométriose pariétale urétérale."

Après cette révélation nous avons recherché cliniquement une endométriose génitale sans la trouver.

Le 9 septembre 1965 une U.I.V. montre une reprise de la fonction du rein gauche dont l'image reste très pâle mais on peut néanmoins voir qu'il n'y a pas de dilatation notable et que le rein s'est vidé sur le cliché tardif. Une U.P.R. faite le 16 septembre 1965 montre au niveau de la résection de l'uretère une image rétrécie mais perméable dans les deux sens.

Cliniquement la malade ne ressent aucun trouble. Elle prend du norluten dix jours par mois. La pyurie a disparu sous l'influence des antibiotiques.

Elle est revue le 8 février 1966 alors qu'elle est à la fin de ses règles : le T.V. permet de sentir une petite

.../

masse située derrière le col, de surface irrégulière et très douloureuse à la pression.

L'U.I.V. du 8 février 1966 montre la persistance d'un important déficit fonctionnel du rein gauche qui ne s'est pas amélioré depuis septembre 1965, mais pas de dilatation.

Une U.P.R. du 10 février 1966 montre la bonne perméabilité de l'anastomose dans les deux sens et la rapidité d'évacuation du rein.

On peut penser que la déficience du rein gauche après levée de l'obstacle et absence de stase est la séquelle de l'infection de ce rein constatée avant l'opération.

C O M M E N T A I R E

De la lecture de ces deux observations et des autres publications d'endométriose urétérale relevés dans la littérature mondiale, un certain nombre de faits et de conclusions peuvent être dégagés. (Cf tableau détaillé).

FREQUENCE -

Formes intrinsèques et extrinsèques

- Les formes intrinsèques sont notablement plus rares que les extrinsèques : 10 cas sur 56.

L'obstruction est alors due à un envahissement d e la lumière urétérale parl'endométriose (6 cas) ou à un épaississement de la paroi (3 cas).

On relève 1 cas sans obstruction urétérale.

- Les formes extrinsèques (46 cas), la cause de l'obstruction est due à une compression externe . Cela a été vérifié par intervention dans 45 cas.

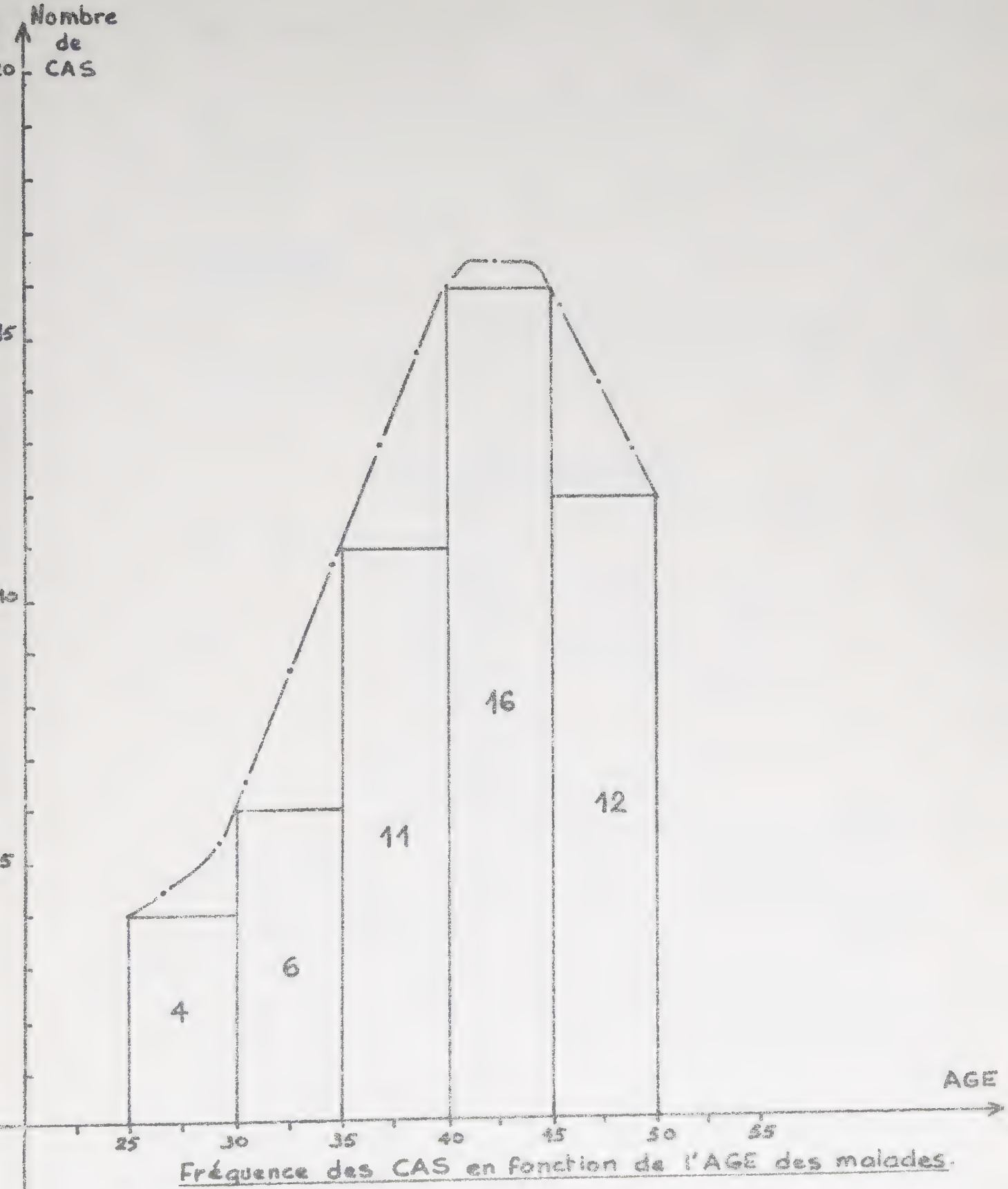
Dans 1 cas où il n'y a pas eu d'intervention, c'est cette forme d'obstruction qui est probable.

Fréquence selon l'âge

L'âge a été noté dans 49 cas. Dans 7 autres cas, l'âge n'a pas été précisé.

Entre 25 et 30 ans : 4
" 30 et 35 ans : 6
" 35 et 40 ans : 11
" 40 et 45 ans : 16
" 45 et 50 ans : 1[illegible]
au dessus de 50 ans : [illegible] (Cf graphique)

.../



Fréquence des CAS en fonction de l'AGE des malades.

(sur 49 cas)

On voit donc immédiatement que la majorité des cas découverts l'ont été entre 40 et 50 ans : 28.

Mais ce qui est extrêmement important, c'est que plus des 2/5e des cas est découvert avant 40 ans, c'est-à-dire à un âge où l'on attache beaucoup de prix à la conservation des ovaires.

ANTECEDENTS -

Les observations relevées sont fréquemment incomplètes sur le plan des antécédents, toutefois on peut relever un certain nombre de faits.

- Antécédents obstétricaux

39 femmes présentant des antécédents de cet ordre, soit isolés, soit associés.

- stérilité ..... 4 cas
- avortements ..... 5 cas
- grossesses extra-utérine 2 cas
- grossesses ..... 32 cas
- césariennes ..... 6 cas

- Antécédents gynécologiques

On relève la présence d'antécédents gynécologiques chez 51 des femmes atteintes.

Ces antécédents sont d'ordre médical ou chirurgical, isolés, simultanés ou successifs.

- antécédents médicaux

troubles des règles : irrégularité menstruelle 3
dysménorrhées 17
ménorrhagies 6

Ces troubles menstruels se retrouvent au total [illegible]

.../

22 malades. Il faut noter que dans trois cas au moins elles ont été le seul symptôme au début de l'affection et ont entrainé la découverte de l'obstracle urétéral au cours d'une U.I.V. systématique.

- antécédents chirurgicaux

Au total, des interventions antérieures sont rapportées dans 29 des 56 cas. Ces interventions sont uniques (22 cas) au nombre de deux (4 cas) multiples (3 cas).

Elles se décomposent ainsi :

- laparotomie exploratrice ..... 4 cas
- hystérectomie totale ou partielle .... 9 cas
- myomectomie ..... 5 cas
- ovarectomie unilatérale seule ou associée ... 7 cas
- ovarectomie bilatérale ..... 1 cas
- curetages utérins ..... 7 cas
- exploration : coelioscopies ..... 2 cas
  culdoscopie ..... 2 cas
- divers ..... 4 cas

Par ailleurs lors de l'intervention sur le rétrécissement urétéral on a découvert :

- des kystes de l'ovaire .... 5 cas
- un fibrome utérin ..... 5 cas

Dans 16 de ces cas, une endométriose pelvienne, soit isolée, soit diffuse avait été affirmée ou suspectée.

SIGNES CLINIQUES -

Les signes d'appel ayant amené le diagnostic sont extrêmement divers. Ce sont soit des symptômes attirant l'attention sur l'appareil urinaire d'emblée, soit des troubles non spé-

...

cifiques, n'ayant pu être rattaché à leur cause que par les examens complèmentaires, radiologiques en particulier.

Il s'agit dans la majorité des cas des douleurs. Ces douleurs sont multiformes, tant dans leur localisation que dans leur intensité ou leur rythme.

- douleurs aigues : coliques néphrétiques : 8
  signes de pyélonéphrite: 3
- douleurs lombaires subaigues ..... : 7
  (allant de la simple sensibilité des lombes à la douleur sourde évoluant par poussées ou de manière continue).
- douleurs abdominales 22
  (surtout localisées dans l'hypochondre et le flanc)
- douleurs rectales 2

Ces douleurs sont parfois rythmées par les règles ce qui est extrêmement évocateur, mais loin d'être constant.

On retrouve ce caractère dans 8 cas.

Il faut noter ici que bien que l'envahissement de l'uretère et la dilatation de l'appareil urinaire sus-jaccent soit progressifs, un nombre important de cas se révèle par des signes d'obstruction aigue (8 sur 42).

A côté des douleurs, certains signes sont purement urinaires. Ils sont eux aussi variés :

- dysurie 6
- pollakiurie ... 8
- hématuries .... 12 (importantes 7) sur-
  (microscopiques 5)venant au moment des règles ([illegible] cas)
- pyurie ..... [illegible]

.../

A propos des hématuries il est à noter qu'elles sont parfois révélatrices du mode d'atteinte urétérale : en effet parmi les hématuries importantes, 6 provenaient d'une endométriose intrinsèque.

Dans 2 cas ce fut l'évolution d'une hyperazotémie qui permit le diagnostic d'affection rénale.

Enfin divers symptômes sont cités :

- fièvre et frissons 7
- constipation opiniâtre 3

Ce à côté des symptômes de la sphère génitale déjà répertoriés plus haut.

Au total, nous constatons qu'il n'existe pas de signes univoques de l'endométriosé urétérale.

EXAMEN -

L'examen de la fosse lombaire dans les cas rapportés n'a permis que dans 5 cas de mettre en évidence un gros rein dilaté.

Par contre un examen gynécologique soigneux est riche d'enseignement.

Il a été fait ou rapporté dans 30 cas.

Dans 24 cas des anomalies ont été relevées, il fut négatif dans 6 cas.

Les anomalies sont de plusieurs ordres :

- masse pelvienne 10
- utérus augmenté de volume . 3
- nodules en diverses localisations : paroi vaginale , cul de sac, col, ligament utérosacré 9

- autres anomalies 2
(infiltration de la paroi vaginale notamment)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES -

Les examens complémentaires ont une grande importance dans les observations relevées, d'une part en objectivant, confirmant le diagnostic de rétrécissement urétéral, parfois en le rattachant à une endométriose, enfin en permettant d'apprécier l'état du rein.

Sur le plan du laboratoire, il ne s'agit pas tant des hémogrammes, en pratique peu perturbés que du taux d'urée dans le sang (révélateur dans deux cas) ou de l'examen cytobactériologique des urines. Celui-ci montre en effet dans 8 cas une pyurie et dans 5 cas une hématurie microscopique révélatrice d'atteinte urinaire.

L'examen complémentaire essentiel se place au niveau de la radiographie :

- l'urographie intraveineuse tout d'abord qui en plus de l'intérêt diagnostic a un intérêt pronostic en montrant le degré d'atteinte de la fonction du rein.

Elle a été faite ou rapportée dans 50 cas :

Elle montre :

- divers degrés d'urétéro-hydronéphrose : 36 cas
  (unilatérale : 31 cas)
  (bilatérale : 5 cas)
- absence ou très mauvaise secrétion rénale : 13 cas
  (dont 3 associés dans une atteinte bilatérale à une urétéro-hydronéphrose de l'autre côté)
- absence d'obstruction de l'urètère : 1 cas

D'une manière générale tous les degrés d'hydronéphrose sont réalisés mais la dilatation des cavités n'est pas monstrueuse.

...

L'obstacle est par ailleurs le plus souvent situé sur le tiers inférieur de l'uretère.

L'urétéro-pyélographie rétrograde n'a été pratiquée que dans 19 cas. Elle a permis de situer l'obstacle et l'urétéro-hydronéphrose dans les cas d'absence de secrétion rénale lorsque le rétrécissement était infranchissable par une sonde (7 cas). Ailleurs elle a complété les renseignements de l'U.I.V. sur le niveau et l'importance du rétrécissement.

LA CYSTOSCOPIE -

a souvent été pratiquée ; elle a permis d'éliminer notamment une cause vésicale, endométriose, cancer, et, dans un cas, de faire le diagnostic, la cystoscopie ayant été faite en période hématurique.

La coelioscopie enfin n'a été pratiquée ou du moins rapportée que dans 5 cas seulement.

Dans 3 cas elle a permis d'objectiver des atteintes endométriales du péritoine pelvien (2 cas) et des kystes typiques "goudrons" de l'ovaire (2 cas).

DIAGNOSTIC -

Il est impossible à partir des observations relevées de donner une idée du nombre de diagnotics pré-opératoires corrects ou erronnés faits sur ces cas.

Si, parfois, il semble que le chirurgien ait réuni avant l'intervention un faisceau d'argument en faveur de l'origine en dométriale du rétrécissement urétéral l'intervention fut toujours pratiquée dans un double but : diagnostic et curatif.

Au cours de l'intervention des éléments extrêmement précieux furent souvent apportés par l'examen macroscopique de lésions : soit aspect typique avec nodules bleutés, in situ, don-

nant alors une certitude ; soit lésions endométriales ovariennes kystes goudron, péritonéales ou pelviennes diffuses très évocatrices.

Par ailleurs l'examen histologique extemporané qui est rapporté dans 6 cas a lorsqu'un doute subsistait, notamment devant une lésion intrinsèque (3 cas), fait le diagnostic.

Enfin, il est souvent arrivé que ce ne soit qu'à l'examen post-opératoire par l'anatomo-pathologiste que l'étiologue endométriale du rétrécissement fut prouvée (12 cas au moins)

Il est à noter que fréquemment, les auteurs des publications font remarquer qu'un certain nombre de signes cliniques ou d'antécédents qui n'avaient pas été retenus avant l'intervention ont, a postériori, pris à leurs yeux la valeur de signes d'appel en faveur de l'origine endométriale de la lésion urétérale.

Au total, sur 54 cas ayant été opérés, 36 seulement présentaient des signes pré-opératoires qui évocaient le diagnostic.

12 semblaient être des rétrécissements urétéraux purs.

Sur 6 cas enfin, aucun renseignement n'est fourni.

Dans 4 cas, le diagnostic d'endométriose urétérale semblait extrêmement probable et l'épreuve d'un traitement médical fut faite sans laparotomie.

TRAITEMENT -

La thérapeutique de ces affections fut essentiellement chirurgicale (54 cas sur 56).

.../

Presque toutes les formes d'opération ou combinaisons d'opérations furent pratiquées.

Dans un certain nombre de cas, des thérapeutiques médicales (rayons X - Testostérone - progestatifs) furent employés seules ou associées au traitement chirurgical.

Le dégagement de l'uretère est une technique fort employée : 18 cas.

Il s'associe selon les cas à :

- une hystérectomie seule : 3
- une castration seule : 4
- une hystérectomie et castration : 9
- une hystérectomie et castration par Rayons X : 1
- un traitement par progestatifs : 1

La résection urétérale est fait dans 12 cas :

- avec anastomose urétéro-urétérale : 7 cas
- avec urétéro-néocystostomie (Boari) : 5 cas

Elle a été associée à une castration dans 6 cas, et à un traitement médical dans 2 cas.

Une urétérostomie est pratiquée dans 2 cas

L'hystérectomie et la castration seules seront utilisées dans 10 cas.

Dans 5 cas, une néphro-urétérectomie d'emblée sera faite, une néphrostomie avec drainage d'un abcès péri-néphrétique dans 1 cas.

Dans 2 cas on trouve une ligature de l'uretère.

Les traitements medicaux ne se retrouvent que dans

...

2 cas : 1 par castration aux rayons X associés à de la testostérone. 1 par progestatifs.

Dans 1 cas à un traitement par progestatifs est associé à la ponction des kystes endométriaux.

Au total, comme on le voit, une thérapeutique radicale envers le rein a été employée 10 fois soit par néphrectomie, soit par ligature de l'uretère. Cette dernière technique date d'ailleurs d'intervention d'avant 1935 et est abandonnée.

Par ailleurs on a pratiqué une castration chirurgicale dans 29 cas, une castration par rayons X dans 2 cas et un traitement médical dans 6 cas. Ce dernier fait s'explique par la relative nouveauté des thérapeutiques hormonales. On est sans doute appelé dans l'avenir à voir ce mode de traitement de plus en plus employé.

Dans 4 cas enfin, ce fut un traitement local du rétrécissement qui fut utilisé.

Sur le plan anatomique, les cas d'endométriose intrinsèque furent traités de la manière suivante :

- néphro-urétérectomie seule : 2 cas
  (associée à une hystérectomie et castration : 1 cas)
- résection urétérale seule : 1 cas
  (associée à un traitement médical 1 cas)
  (associée à la castration : 4 cas)
- hystérectomie et castration seulement : 1 cas

RESULTATS -

Une étude valable des résultats des diverses thérapeutiques n'est pas possible car des renseignements precis sur

.../

l'évolution ultérieure des malades manquent dans beaucoup d'observations où les suites sont notées :

- chez 11 malades on ne peut trouver aucune indication de leur devenir.
- 15 malades ont été suivies moins d'un an, 30 plus d'un an.

Au total :

on a des résultats satisfaisants dans 33 cas, des résultats insuffisants dans 12 cas.

Dans les résultats considérés comme satisfaisants tous les degrés peuvent se voir :

- depuis la restitution intégrale de la fonction et anatomie rénale, jusqu'à la diminution de la secrétion rénale, sans toutefois que celle-ci soit inférieure à environ 50 % de la normale (MEIGS)

Par ailleurs des déformations persistent souvent ainsi qu'un certain degré de douleur ou sensibilité rénale.

Parmi les 12 cas au résultat insuffisant, il faut distinguer :

- <u>2 morts post-opératoire</u> :
  - l'une par urémie terminale après néphrostomie en urgence pour pyonéphrose bilatérale et phlegmon périnéphrétique.
  - l'autre de pneumonie 37 jours après ligature de l'uretère. Ces deux cas se sont produits avant 1930.

- <u>7 pertes de la fonction rénale</u> :
  - Ces pertes sont parfois consécutives à l'opération, mais dans deux cas elles sont dues à des infec-

.../

tions à répétition ayant entrainé une néphrectomie secondaire. Chez une des malades on avait tenté secondairement une urétéro-néocystostomie.

- 1 néphrectomie pratiquée chez une malade ayant d'importantes douleurs rénales.

- 1 hydronéphrose "symptomatique"

- 1 cas de douleurs très importantes récidivantes

Dans les 7 cas de perte de la fonction rénale il faut noter qu'on avait à deux reprises pratiqué une castration sans libération de l'uretère.

Une résection sans castration ni traitement médical de complèment.

Ni dégagement ni castration dans 1 cas (atteinte bilatérale).

Une castration par rayons X associée à la testostérone fut le traitement employé dans le cas où les séquelles furent des douleurs récidivantes.

Au total et sur 56 malades, on compte donc une perte définitive de la fonction d'un rein chez au moins 18 d'entre elles, soit avant le traitement soit dans les suites.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

ET

THERAPEUTIQUE

Bien que l'endométriose soit généralement caractérisée par sa bénignité, la forme urétérale parait à la lumière des observations, notablement plus grave. En effet elle a entrainé dans plus de 30 % des cas la mort du rein.

Dans les cas relevés, chez certaines des malades le rein était sans doute au delà de toute thérapeutique lors du premier traitement, mais un diagnostic plus précoce aurait certainement permis de le sauver ; chez d'autres malades la thérapeutique, orientée par un diagnostic correct, avant ou au cours de l'intervention, n'aurait pas entrainé la perte d'un rein.

Ainsi se trouve posé le double problème de l'endométriose urétérale : le problème diagnostic et le problème thérapeutique, d'autant que celui-ci a considérablement évolué grâce à l'utilisation de l'hormonothérapie.

I - DIAGNOSTIC -

Sur le plan du diagnostic deux choses sont à considérer. Tout d'abord la mise en évidence de l'atteinte urétérale, ensuite son rattachement à une origine endmétriale.

A) Diagnostic du rétrécissement ou atteinte urétérale -

Comme nous l'avons vu les signes d'atteinte urinaire sont généralement suffisamment claires pour entrainer la découverte du rétrécissement par des examens para-cliniques.

.../

Toutefois, comme dans un nombre non négligeable de fois, ces signes sont soit absents, soit cachés derrière une symptomatologie batarde, il semblerait d'un haut intérêt de rechercher systématiquement chez les femmes porteuses d'endométriose, surtout dans les formes extra génitales diffuses une atteinte obstructive de l'uretère.

Le diagnostic de rétrécissement urétéral sera facilement affirmé par les examens qui s'attacheront en outre à préciser la valeur du rein.

L'urographie intra-veineuse permet à la fois d'envisager l'atteinte anatomique, le degré de la dilatation sus-jacente à la lésion, l'état fonctionnel du rein, et l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

Si l'U.I.V. met en évidence une mutité rénale il faudra préciser l'état du rein : en sommeil ou détruit.

Pour cela il serait utile de monter une sonde urétérale jusqu'au rein pour faire une pyélographie et aussi pour analyser le liquide qui s'en écoule. Deux solutions se présenteront : soit il ne s'écoule que du pus et on peut, à juste titre, penser que le rein est mort de pyonéphrose, soit dégagé de son étouffement par la sonde, de l'urine recommence à couler et l'espoir demeure de le sauver.

Si l'obstacle est imperméable à la sonde on pratiquera une urétéro-pyélographie rétrograde qui aura l'intérêt de localiser le niveau et l'étendue de l'obstacle, celui-ci étant en règle situé dans le tiers inférieur de l'uretère.

La cystoscopie enfin, facile à faire chez la femme mérite d'être pratiquée. En effet en cas d'hématurie,

...

elle permet d'affirmer l'origine haute de celle-ci en montrant une vessie saine. Dans d'autres cas, elle permettra de retrouver une lésion d'endométriose vésicale.

Le diagnostic de rétrécissement urétéral chez une femme posé, reste à en trouver l'étiologie.

Tuberculose, cancer, calcul transparent sont les diangostics le plus souvent évoqués, la fibrose rétropéritonéale étant radiologiquement très particulière.

B) Diagnostic de l'endométriose -

Il s'agira donc de réunir un faisceau d'arguments en faveur de l'endométriose.

Tout d'abord, par une étude soigneuse des antécédents obstétricaux et gynécologiques de la malade.

La présence de symptômes rythmés par les règles est un élément d'une très haute importance, mais nous avons vu qu'il manque souvent puisque ce caractère ne se retrouve que dans 13 des 56 cas étudiés. Par ailleurs le caractère subjectif de ce renseignement en rend son contrôle difficile.

Un examen attentif du pelvis ou des organes génitaux à la recherche de lésions sera fait.

Enfin on utilisera les examens complémentaires

- colposcopie à la recherche d'atteinte vaginale ou du col.

- hystérographie qui permettra parfois le diagnostic d'adénomyose ou d'endométriose tubaire.

- coelioscopie surtout, qui explorera sans intervention chirurgicale les localisations extra utérines intra péritonéales.

.../

Elle constatera parfois une endométriose ovarienne associée sous la forme de kystes goudron, une endométriose tubaire, mais surtout une endométriose du péritoine pelvien sous la forme de nodules bleuâtres. Grâce à elle en outre on pourra éventuellement apprécier la multifocalité de l'endométriose et en mesurer l'extension.

Au terme de cette enquête clinique et para-clinique s'offre une alternative qui conditionnera la conduite à tenir :

- soit les arguments réunis rendent suffisamment probable l'affirmation d'endométriose urétérale, auquel cas on discutera une épreuve du traitement médical.
- soit la rareté ou l'absence d'éléments laissent le problème du rétrécissement entier.

Seul point important : c'est un rétrécissement urétéral chez une femme.

Ceci impose deux choses :

- une voie d'abord de la lésion par voie intra-péritonéale.
- une extemporanée.

Pour la laparotomie l'abord intra-péritonéale semble être la voie de choix : en effet elle permet éventuellement de mettre en évidence des lésions endométriales kystiques des ovaires ou du péritoine avec plus de facilité que la coelioscopie.

Par ailleurs, l'aspect même de l'atmosphère de la lésion est d'un grand intérêt car les adhérences d'une lésion endométriale ont un aspect différent de celles dues à un cancer ou à une infection.

.../

C'est à ce stade qu'intervient l'anatomo-pathologiste grâce à un examen extemporané.

En effet l'intérêt de celui-ci se justifie par le fait que dans 12 des cas relevés au moins le diagnostic n'a pu être fait que par l'histologie post-opératoire. Le diagnostic connu plus tôt aurait certainement modifié la thérapeutique. Par ailleurs dans 3 cas de lésion intrinsèque, un diagnostic histologique per opératoire a été fait et a permis de fournir l'étiologie du rétrécissement, alors que dans deux de ces cas au moins le cancer était évoqué implicitement.

Enfin dans les cas litigieux sa contribution permettra parfois d'affirmer le diagnostic.

Ceci aura surtout une grande importance dans le cas de lésions isolées de tout contexte endométrial :

- dans le cas de lésion extrinsèque en permettant d'éviter de toucher à l'uretère proprement dit.

- dans le cas des lésions intrinsèques en évitant une résection élargie de l'uretère, voire la néphrectomie en éliminant le diagnostic de malignité.

Toutefois pour que sa participation soit réellement efficace, certaines conditions doivent être réunies :

- la technique de fixation doit être rigoureuse Il s'agit essentiellement d'utiliser le congélateur.

- l'anatomo-pathologiste doit être au courant du problème qui se pose.

Il doit faire partie de l'équipe chirurgicale, ayant une vue sur les lésions et dirigeant lui même le ré-

...

lèvement qui, éventuellement sera répété sur les indications.

2 - LE DIAGNOSTIC POSE, LES MODALITES THERAPEUTIQUES SE DISCUTENT -

Le traitement aura pour but la conservation du rein.

Un point important est connu : la compression de l'uretère par une lésion endométriosique disparait en règle après guérison de l'endométriose et, alors il n'y a pas lieu d'envisager un traitement chirurgical agressif pour l'uretère.

Deux cas sont à envisager :

- endométriose probable sans laparotomie
- laparotomie indispensable.

Dans le premier cas et si l'état du rein permet de temporiser et n'exige pas une intervention solvatrice d'emblée (lésions bilatérales importantes ou un rein dilaté, pâle et avec retard de secrétion à l'U.I.V.) une épreuve du traitement médical s'impose.

Celui-ci sera continu et intensif.

On utilisera des progestatifs de synthèse.

-oestroprogestatifs de type Noréthynodral ou Lynestrenol, réalisant une "pseudo opossesse"

- ou de préférence, progestatifs purs ne comportant pas de fraction oestrogénique, du type Noréthinérone entrainant une "mise au repos de l'ovaire".

Ce traitement qu'il soit oestroprogestatif ou progestatif pur sera donné.

- en quantité suffisante (10 - 20mg par jour sinon plus en cas de besoin)

- durant en laps de temps suffisant d'au moins un an, parfois plus.

.../

La surveillance durant ce traitement sera constante et soigneuse.

L'action de la thérapeutique sera suivie essentiellement sur des urogrammes successifs pratiqués le premier au bout de deux mois et le second deux à six mois plus tard suivant les cas.

La surveillance sera renforcée les mois suivants l'arrêt du traitement car c'est à ce moment que de nouvelles poussées d'endométriose peuvent survenir, imposant, soit une reprise des progestatifs, soit, plus raisonnablement l'intervention chirurgicale, en égard aux risques encourus par le rein.

Ce traitement médical, peu employé jusqu'à présent à cause de sa relative nouveauté est certainement appelé à prendre une bonne place dans les observations d'endométriose urétérale à cause de son efficacité.

Dans le cas où, par une laparotomie rendue obligatoire par l'absence de diagnostic étiologique ou par l'urgence de dégager un rein qui souffre, on est amené en regard de la lésion, la chirurgie qu'on pratiquera sera résolument conservatrice.

On éliminera la ligature de l'uretère, périmée et l'abouchement à la peau sauf cas, exceptionnel et uniquement à titre temporaire.

La néphrostomie ne se conçoit que comme complément d'une résection urétérale faite dans de mauvaises conditions.

La néphrectomie enfin ne sera pratiquée que dans le cas d'un rein détruit par pyonéphrose.

....

Toutefois on ne s'abstiendra pas totalement. Le diagnostic fait, on pratiquera une urétérolyse, ce qui semble avoir donné les meilleurs résultats dans les observations relevées.

Lorsqu'on y sera contraint on pourra pratiquer une résection limitée :

- soit avec anastomose bout à bout
- soit avec opération de Boari quand le sacrifice de la terminaison de l'uretère aura été nécessaire.

Si la femme a moins de 40 ans, et si l'importance des lésions ne le justifie pas, une castration sera évitée et on complètera le traitement chirurgical par une thérapeutique progestative conduite de la même manière que précédemment.

Si l'âge de la malade dépasse 40 ans ou si l'intervention n'a lieu qu'à la suite de l'échec du traitement médical, une castration s'imposera. On pourra aussi être amené à cette intervention s'il y a un trop grand doute sur les possibilités de surveillance du traitement médical durant un long laps de temps ou sur les possibilités pour la malade de suivre un traitement long et astreignant.

La surveillance, en règle générale, doit être poursuivie régulièrement et avec persévérance de manière à ne pas laisser passer le moment propice à une réintervention en cas d'insuccès où soit à l'échec du traitement médical, soit à l'évolution "per se" de la lésion. En effet, si la récidive ne semble pas en pays à craindre, la localisation de l'endométriose peut entraîner des sténoses localisées de l'uretère comme elle en laisse dans la paroi des endométriomes pariétaux. On se trouverait alors devant des "reviviscences" analogues aux séquelles de tuberculose urinaire, pouvant nécessiter une action rapide pour sauver le rein.

C O N C L U S I O N

En conclusion nous nous sommes attachés à mettre en exergue dans cette thèse un certain nombre de points.

Sur le plan du diagnsotic il faut éviter certaines erreurs faites :

- en ignorant l'atteinte urétérale dans une endométriose pelvienne commue mais où on n'a pas pratiqué d'urographie intra-veineuse.

- en méconnaissant l'endométriose dans un rétrécissement urétéral chez une femme, ce qui nous a amené à recommander :

  - une recherche sérieuse de cette étiologie.
  - la voie d'abord intrapéritonéale pour le traitement chirurgical du rétrécissement de l'uretère
  - l'usage de l'extemporanée

Sur le plan du traitement la perte trop fréquente du rein (18/56 cas observés) nous incite, pour abaisser cette proportion :

- à éviter la néphrectomie par erreur de diagnostic ou en intervenant trop tard.
- à [illegible] une lyse de l'uretere.
- à surveiller par U.I.V. le traitement médical pour ne pas risquer la perte du rein à bas bruit :
  - soit par action lente
  - soit pas fibrose irreversible du retrécissement.

Mais cette crainte ne doit pas nous [illegible] d'utiliser au maximum la thérapeutique progestative, d'autant

plus que le nombre de femmes de moins de quarante ans est important.

-O-

Ces conditions respectées, on peut à bon droit espérer diminuer la proportion de reins perdus et des interventions mutilatrices.

-O-

AUTEUR	AGE: COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
CULLEN	27 Bil.	Douleurs rectales aux règles	Cloison antérieure du rectum infiltrée	N.S.	N.S.	Libération des deux uretères + hystérectomie totale.	-
CULLEN	42 D.	Douleurs abdominales	N.S.	N.S.	N.S.	Libération de l'uretère D. Hystérectomie +castration	-
[illegible]	32 G.	Dysménorrhée - douleurs lombaires - constipation	Nodules typiques du cul de sac (endométriose).	Forte	Uretère G. dilaté - compression près de la vessie.	Castration refusée. Néphrostomie terminale, drainage d'abcès périnéphrétique	Décès 18 H après intervention - pyonéphrose bil. destruction rénale
ASELHORTS	30 G.	Douleurs deux jours après les règles	N.S.	N.S.	N.S.	Libération uretère G. Hystérectomie totale + castration.	2 ans ½ : Urographie satisfaisante.
HAUSER	48 D.	Pesanteur pelvienne	Paramètre droit infiltré.	N.S.	N.S.	Ligature uretère D. Plus tard: néphrectomie pour pyélonéphrite.	-

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
[illegible]TH	42 G.	Douleurs du flanc G.	N.S.	N.S.	N.S.	Urétéro-néphrectomie G. Hystérectomie.	-
[illegible]NDALL I	[illegible] D.	Douleurs du flanc D. Hématuries, pollaliurie nocturne.	Nodules typiques du cul de sacen dométriose. Exa. post-opératoire.	Forte	Hydronéphrose D. avec secrétion diminuée	Néphro-urétérectomie D.	Endométriose pelvienne se développant tardivement.
[illegible]	28 D.	Douleurs côté D. + fosses lombaires D. [illegible]	Pelvis plein de kystes.	N.S.	N.S.	Hystérectomie totale et castration.	3 ans ½ - résultat satisfaisant.
[illegible]ODALL	43 G.	Douleurs du flanc et lombaires G. Dysménorrhée - pyurie.	Non fait	Oui	Hydronéphrose G + hydrouretère - Atteinte de la fonction rénale.	Hystérectomie totale et ovarectomie - pas de libération de l'uretère.	Mort du rein G asymptomatique
[illegible]CONOR [illegible]LL I	50	Douleurs, frissons fièvre, pyurie, hématurie microscopique.	Négatif	hématurie microscopique 3 sem.	Urétéro-hydronéphrose, diminution fonction rénale.	Néphro-urétérectomie G.	Disparition des symptomes.
[illegible]IL	46 G.	Douleurs pelviennes dysménorrhée	N.S.	N.S.	Hydronéphrose G.	Castration - Rayons X. Testostérone.	Hydronéphrose résiduelle minime - Fonction rénale altérée.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
STEUFELD	39 [illegible]	Douleurs G. Fièvre infection urinaire	Utérus large, irrégulier.	O	Mutité du rein G	Néphrectomie et urétérectomie G	N.S.
[illegible] et ENSHAW	45 D	Ménorragies et dysménorrhée depuis 6 ans - douleurs pendant les règles - flanc D - Pyurie.	N.S.	O	Urétéro-hydronéphrose.	Castration chirurgicale + hystérectomie totale.	N.S.
[illegible]	[illegible] G	Douleurs du flanc & lombaires G. accentuées par les règles Troubles urinaires Pyurie.	Masse de la grosseur d'une noisette dans le cul de sac G.	O	Pas de secrétion du rein G	Libération de l'uretère G. Castration rayons X	Persistance de douleurs du rein G. Absence de secrétion rein G (5 ans)
[illegible]	[illegible] G.	Douleurs flanc G rythmées par les règles - Ménorrhagies	N.S.	N.S.	U.P.R. Hydro-urétéronéphrose G. Rein G. exclu U.I.V.	Hystérectomie totale + castration.	U.I.V. normale 5 ans après.
[illegible]	[illegible] D.	Douleurs abdominales dysménorrhée sévère	N.S.	N.S.	N.S.	Ablation de l'endométriose et urétérostomie.	U.I.V. 6 mois post-opératoire pas de fonction du rein G.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V.- U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
[illegible]EARCHS I	37 D.	Dysparémie - Ménorrhagies - douleurs flanc.	Masse pelvienne droite à 8 cm de hauteur.	O	Rein droit exclu.	Ovarectomie, hystérectomie totale et néphro-urétérectomie totale	Hypertension artérielle.
[illegible] I	50 G.	Frissons, fièvre, douleurs dans l'hypocondre . Dysménorrhée.	Nodules dans le cul de sac depuis 3 ans.	Grosse hématurie 3 mois avant	Hydro-uretéro-néphrose G.	Excision + réimplantation uretère G. Castration.	L'Auteur : "Plein succès
[illegible] I	[illegible]	Hématurie contemporaine aux règles - Douleurs du flanc G. cystoscopie.	Large masse pelvienne	Oui	Pas d'obstruction.	Hystérectomie & castration. Biopsie d'une petite masse urétérale endométriose.	Bon état de patiente. 1 an post-opératoire.
[illegible]	[illegible]	Ménorrhagies - Douleurs lombaires.	Masse pelvienne	O	Rein gauche exclu	Hystérectomie totale et castration.	Reprise d'une bonne fonction post-opératoire.
[illegible]	37 G.	Douleurs du flanc G. durant 3 jours.	Masse de la voûte pelvienne G.	Microscopique.	Hydrourétéro-néphrose G.	Libération de l'uretère.D. Ovarectomie totale - G. ovarectomie partielle	5 ans après bon état de la patiente.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. -U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
[illegible] I	43 G.	Douleurs hypocondre G.	Sensibilité du rein G. Pas de signes d'endométriose.	0	Hydro-urétéro-néphrose G.	Dégagement de l'uretère, urétérotomie, mise d'un cathéter. Castration I4 j après l'opération.	4 ans après bon état.
[illegible]EAVITT I	36	Règles douloureuses Douleur de l'abdomen - Urgence	Néant	0	Non faite.	Résection urétérale termino-terminale. Hystérectomie totale et salpingo-ovarectomie bilatérale -Anapathe extemporanée.	5 ans après bon résultat.
[illegible]ROCK	43 G.	[illegible], dysurie.	N.S.	Fréquentes.	Pyélo-hydronéphrose +++	Néphro-urétérectomie- Pas de castration.	N.S.
[illegible]	41 G.	Douleurs du flanc G. Hématurie.	N.S.	oui	Diminution de la fonction rénale G. + hydronéphrose	Résection partielle de l'uretère + réimplantation - Castration non faite. Désir de maternité.	N.S.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V.-U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
LICHTENHELD	44 G.	Douleurs du flanc G. Frissons, fièvre.	Nodules + gros utérus.	0	Hydronéphrose G. Site de l'obstruction non déterminé.	Hystérectomie totale - ovarectomie - salpingectomie et cathétérisme de uretère G.	[illegible] an après.
THOMMET I	G.	Urgence Abdomino-lombaire	Utérus fibreux	Petite hématurie.	Hydronéphrose G	Ovarectomie [illegible] Résection de l'uretère et urétéro cystectomie. Extemporanée.	5 ans ½ après : bon résultat.
SHUTTLEWORTH	50 Bil.	Urémie sévère + symptomes urinaires.	N.S.	N.S.	Obstruction bilatérale.	Dégagement, résection et réimplantation uretère G. Uretère D. non dégagé.	[illegible] par non fonctionnement [illegible]
KINDER	47 Bil.	Urémie	Grande et petite masses fixées de D. et G. pelvis	N.S.	Hydronéphrose D. Rein G exclu	Ovarectomie D. Résection + réimplantation des deux uretères.	N.S.
BANDHAUER	G.	Douleurs du flanc G.	N.S.	N.S.	Hydrourétéronéphrose G.	Dégagement de l'uretère - Castration bilatérale.	N.S.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	D.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITE
SIMON	37 Bil.	Dysurie-importante hématurie - hypocondre D. douloureux	N.S.	oui	Hydronéphrose D. Rein G. exclu.	Castration rayons X et dégagement de l'uretère - 48 H. après néphrostomie et 7 mois plus tard urtéro-néocystostomie.	Le rein G. [illegible] te exclu. [illegible] plantation [illegible] l'uretère D.
PARSHALL	G.	Douleurs lombaires G. avec frissons et fièvre, douleurs dorsales avec les règles	Négatif	N.S.	Hydronéphrose G.	Excision de l'uretère atteint & réimplantation dans la vessie. Pas de castration	11 mois après U.I.V. satisfaisante.
POLLOSSON		N.S.	N.S.	N. S.	N.S.	Norethyndrone Pendant 1 an. Evacuation des kystes par ponction durant laparotomie	1 an après [illegible] connue laparotomie révélant infiltrat [illegible] mérial.
MEIGS	42 D.	Coliques néphrétiques D.	Masse palpable du cul de sac.	1H	Hydronrétéronéphrose D.	Hystérectomie totale et dégagement de l'uretère.	20 mois après U.I.V. : fonctionnement normal du rein, [illegible] latation minime des calices.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V.-U.P.R.	TRAITEMENT	[illegible]
ESTENSEN	34 D.	Coliques néphrétiques D. Fièvre, dysménorrhée.	Nodules dans le ligament utéro-sacré droit.	0	Dilatation [illegible] quée à D. (rein + uretère).	Utérectomie partielle et urétéro urétérostomie cas tration totale.	[illegible]
MEIGS	29 Bil.	Douleurs irrégulières pendant une période de 4 ans.	Endométriose extensive.	0	Hydronéphrose bilatérale.	Dégagement des uretères, hystérectomie, ovarectomie.	U.I.V. non après 7 a[illegible]
KERR	39 D.	Douleurs du pelvis et dysménorrhée. Castration au rayons X 8 mois avant.	Maladie endométriale diffuse à départ D.	0	Non faite	Castration, dégagement de l'uretère D.	2 ans [illegible] Né hrectomie D. pour douleurs rénales
MEIGS	40 D.	Constipation sévère	Endométriose généralisée.	0	Non faite	Castration [illegible] gagement de l'uretère D.	[illegible] bon état général.
MEIGS	38 D.	Douleurs abdominales basses durant 2 semaines, à type de coliques.	noyau de la vessie - côté D.	0	Hydro-urétéro néphrose D.	Hystérectomie totale, castration et dégagement de l'uretère.	U.I.V. [illegible] après 2 ans.
MEIGS	40 G.	Dysménorrhée - dysurie depuis des années	infiltrat de la partie D du vagin		Pas d'U.I.V.	Hystérectomie totale et dégagement de l'uretère G.	Bon résultat [illegible]

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
MEIGS I	42 G.	Douleurs du flanc G.	Négatif	Grosse	Dédoublement de l'uretère + hydronéphrose	Résection + anastomose termino-terminale. Pas de castration	2 ans apr[illegible] U.I.V. sa[illegible] faisante.
SERVER	35 G.	Douleurs du flanc G	Nodules du cul de sac G. Endométriose connue	N.S.	Hydro-uréréto néphrose.	Castration - Hystérectomie [illegible]rieurement faite dégagement uretère G.	[illegible]
ZIELINSKI	42 D.	Pseudo-hémaphrodite colique néphrétique G. Douleur cyclique	Large masse pelvienne	0	Dilatation rein D. et uretère D.	Ablation [illegible] voire D. [illegible] rectomie - dégagement de l'uretère.	[illegible]
BERLIN	40 D.	Dysurie sévère - douleur du flanc D. et hypocondre G.	Négatif	0	Hydronéphrose et hydro-uretère D.	Excision et urétérostomie. Pas de castration.	Pas suivie
KAWASAKI	31 G.	Dysménorrhée sévère	Sensibilité du vagin. Nodule bleuté du vagin	0	Obstruction partielle de l'uretère G. Hydronéphrose modérée.	Hystérectomie totale et castration.	3 mois apr[illegible] regressi[illegible] plète. U.I.V. normale.

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - [illegible]	[illegible]	[illegible]
BULKLEY I	34 D.	Douleur du flanc D 4 jours - Frissons fièvre - dysménorrhée.	Nodules dans le ligament utéro-sacré D.	0	Hydronéphrose D.	Résection et Urétéro-urétérostomie - castration de l'ovaire [illegible] tant).	1 an après bon état de malade.
REDON et DUPAS	34 G.	Colique néphrétique G. Dysménorrhée	Endométriose à intervention àvariectomie.	0	[illegible]	[illegible]	U.I.V. [illegible] sée.
PERTUS	44 D.	Coliques néphrétiques D.		0	Hydronéphrose D.	[illegible]	[illegible]
PERTUS I	39 G.	Coliques néphrétiques G.		0	Rein [illegible]	[illegible]	Bon rés[illegible]
OSCHNER	47 G.	Vagues douleurs lombaires.	N.S.	0	Hydronéphrose + hydrouretère G.	Dégagement de l'uretère - Tt hormonal.	6 mois après bon rés[illegible].
[illegible]ISING	41 G.	Douleur hypocondre G. Fièvre, pyurie Dysménorrhée	N.S.	N.S.	Urétéro-hydronéphrose	Dégagement de l'uretère. Castration.	3 ans - Su[illegible]tes bonnes

AUTEUR	AGE COTE	SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE	HEMATURIE	U.I.V. - U.P.R.	TRAITEMENT	SUITES
SCHRAMM	35	Dysménorrhée	N.S.	N.S.	Dilatation rein D. + uretère D.	Résection + anastomose urétérale - hystérectomie + castration/	[illegible]
MAYO Clinic		N.S.	N.S.	N.S.	[illegible]	Néphro-urétérectomie. Castration	[illegible]
MAYO Clinic		N.S.	N.S.		[illegible]	[illegible] rétère - [illegible] tion	[illegible] tition.
MAYO Clinic		N.S.	N.S.		Hydro-urétéro néphrose	Castration	[illegible]
MAYO Clinic		N.S.	N.S.		Hydro-urétéro néphrose	Néphro-urété-rectomie.	Bon - [illegible] leurs.

N.S. : Non signalé Bil. : Bilatérale.
D/ : Droit
G/ : Gauche
I : intrinsèque

B I B L I O G R A P H I E

ABESHOUSE B.J. et ABESHOUSE G.

"Endométriose de l'appre urinaire et publication de 4 cas d'endométriose urétérale"
J. of Int. Coll. of Surg. 1960 - 34 - 43.63

[illegible]

" Un cas d'endométriose urétérale"
[illegible] Oct. 1959.

BEAHRS O.H. and Coll.

"Intramural abstracting endométriosis of the bladder"
Mayo Clinic 32 : 73 - 1957.

BEECHAM CT and Mc CREA L.E.

"Endométriosis of urinary tract"
Urol. Surv. 7 : 2 - 1957

DEVLIN L. and Coll.

"Endométriosis of the ureter"
Recent. prog. Gynéc. Obstet. 92 : 351 - 1964

BROCK D.R.

"Urétéral obstruction from endométriosis"
J. Urol. 83 : 100 - 1960

BULKLEY G.L. and Coll.

"Endométriosis of the ureter"
J. Urol. 93 : 193 - 1965.

.../

CHINN J. and Coll.

[illegible] manifesta-
tion of endométriosis of the bladder."
J. Urol. 77 : 144 - 1957.

CULLEN T.S.

[illegible]"
Johns Hopk. Hosp. Rép. 6 : 133 - 1897

[illegible]

"Distribution of adenomyomas containing uterine mucosa"
Arch. Surg. 1 : 251 - 1920

ESTENSEN R.D.

"New Phycn. 12 : 429 - 1963

GOODALL J.R.

"Urinary complications of pelvic endométriosis"
Ann. Surg. 20 : 891 - 1944

[illegible]

"K. Voprosu ob adénomiomakh matki (thesis)"
St. Petersburg - p. 79 - 1897

KAMAEV M.G. and VIGORSKII V.P.

"Endomètriosis of the Kidney pelvis"
J. Urologiia 28 : 56 - 1963

KANASAKI D.M.

"Ureteral obstruction due to endométriosis"
Obstet. and Gynec 25 : 579 - 1965

LAISO E. and MARCELLI C.

"L'endométriosi delle vie urinarie"
Arch. ital. urol. 37 : 255 - 1964

.../

[illegible]

Report in Boston. Hosp.

LICHTENHELD F.R. and Coll.

[illegible]

Obstet. and Gynec. 17 : 762 - 1961

[illegible]

[illegible]

[illegible]

MEIGS J.V. and STURGIS S.H.

"Progress in Gynecology".

Grune and Stratton - New York 1963 p. 358

[illegible]

"[illegible] ureteral obstruction due to endométriosis"

Canada J. Surg. 3 : 171 - 1960

MOORE T.D. and Coll.

"Some urological aspects of endométriosis."

J. [illegible]

[illegible]

"Diffuse pelvic endometrioma constricting the ureters."

Amer. J. Obstet. Gynec. 16 : 38 - 1928

[illegible]

"Ureteral [illegible] due to extensive pelvic endométriosis."

[illegible] - 1946

O'CONNOR V.J. and GREENHILL J.P.

"Endométriosis of the bladder and ureter".

Surg. Gynec. Obstet. 80 : 113 - 1945.

OSCHNER and Coll.

"Endométriosis obstruction of the ureter."

J. Urol. 98 Oct. 67.

.../

[illegible]

"Endométriosis of the ureter"
Nord. Med. 4[illegible] : 277 - 1949

PANSRAIL C.B. et Coll.

"Endometriosis of the ureter."
J. indiana med. Ass. 56 : 1322 - 196[illegible]

PERTUS J. et SIMARD Cl.

[illegible]
J. Urol. et Néphrol. 72 : 811 - 1966

POLLOSSON E. and ROCHET Y.

"Valeur du traitement médical par les progestatifs de synthèse appliqué dans des endométrioses sévères [illegible]."
Clin. Gynéc. 15 : 233 - 1963.

[illegible]

[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]
Surg. Gynec. Obstet. 100 : 414 - 1955

[illegible]

[illegible] report."
[illegible]

SAMPSON J.A.

"Perforating hemorrhagic (chocolate) cystes of the ovary."
Arch. Surg. 3 : 245 - 19[illegible]

[illegible]

"Personal communication".

SCOTT R.B. and Coll.

"Further studies on experimental endometriosis"
Amer. J. Obstet Gynec. 66 : 1082 - 1953

REDON - DUPAS et Coll.

"Endométriose de l'uretère"

J. Urol. et Néphrol. 72 - 1966

GRAYBURNE

"Endometriosis obstruction of the ureter"

J. Urol. 1963

COLBY

"[illegible]"

[illegible]

[illegible]

"[illegible]"

Alab. Gynec and Obstet. 1966

[illegible] J.F.

"Endometriosis in a post-hysterectomy patient"

Personal Pub.

SIMON H.B.

"Bilateral ureteral obstruction due to endometriosis".

J. Amer. med. Ass. 183 : 191 - 1963

STANLEY K.E. and Coll.

"Clinically significant endometriosis of the urinary tract"

Surg. Gynec. Obstet. 120 : 491 - 1965

STOECKEL W.

"Endometriosis of the ureter"

Handbuch der gynäkologie - Berlin 1938 p. 532

THOMETT M.A.

"A case of isolated stenosing endometriosis of the ureter"

Helv. Chir. Acta 29 : 452 - 1962.

.../

Arch. Path. 30 : 540 - 1940

WILLIAMS

Urol. Cut. Rev. 47 : 554 - 556 - 1943

ZIELINSKI J. and SEKODNY A.

"Unusval cause of renal colic in pseudohermaphrodi-
ism"
Brit. J. Urol. [illegible] : [illegible] - 1964

[illegible] - Revue Générale

Revue du Prat. Sept. 1969

Pour une bibliographie complète du problème de l'endométriose urinaire se référer à :

KERR : Gynec. and Obstet. 1966.

Edité par : L'ASSOCIATION GENERALE DES ETUDIANTS
EN MEDECINE D'ANGERS .